

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

Corne 2

N°

THÈSE

74

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JACQUES AGEORGES

Né à Paris, le 9 août 1907

2

LES ASPECTS RADIOLOGIQUES DU POUMON

APRÈS ABANDON
DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE J. TÉQUI
3 bis, RUE DE LA SABLIERE

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JACQUES AGEORGES

Né à Paris, le 9 août 1907

LES ASPECTS RADIOLOGIQUES DU POUMON

APRÈS ABANDON
DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE J. TÉQUI
3 bis, RUE DE LA SABLIÈRE

1936

.....

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	LÉON BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique ito-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ...	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (H.) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (G.) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES ONCLES LES DOCTEURS

A. BORDES-PAGES, A. AGEORGES, P. DESCOLA

MEIS ET AMICIS

In memoriam

MÉDECIN-CAPITAINE LAURENT-BORDES-PAGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de clinique propédeutique
Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En témoignage de gratitude pour
le grand honneur qu'il nous a fait
en présidant la soutenance de cette
thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LÉ DOCTEUR RIST

Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En hommage de profonde reconnaissance pour son enseignement et pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES ARNAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin directeur du Sanatorium Grand Hôtel
du Mont-Blanc (Passy)

*L'intérêt que peut présenter ce
travail est dû à ses conseils et à
son expérience. Qu'il trouve ici,
avec mes remerciements, l'expres-
sion de mon fidèle attachement.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

F. TOBE, J. FOIX, D. DOUADY, HAUTEFEUILLE
W. JULLIEN, LOWYS, GRUNWALD, VOINOT,
FOURES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUC

Médecin-chef du Sanatorium Villemin (à Angicourt)

A MES COLLÈGUES DU SANATORIUM D'ANGICOURT

MM. LES DOCTEURS G. COSTES, R. RONCE, FAY,
M. PICAT

Assistant en pharmacie, Chef de laboratoire

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

DE PARIS (*stagiaire et externe suppléant*)

DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE
(*interne suppléant*)

DE L'HÔPITAL D'ARPAJON (*interne*)

DU SANATORIUM DE L'A.M.M. (*interne*)

LES ASPECTS RADIOLOGIQUES DU POUMON APRES ABANDON DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Depuis que la méthode de Forlanini est entrée dans la pratique courante, de nombreux ouvrages ont été consacrés à l'étude des images radiologiques constatées après abandon du pneumothorax artificiel. Le travail de Véran et celui de Weck constituent aujourd'hui une excellente mise au point de la question. Cette étude ne peut donc que se borner à apporter un nouvel élément de statistique, mais elle tire aussi son intérêt, d'une part du fait qu'elle s'adresse à des malades, sélectionnés dans des conditions très particulières, d'autre part du fait qu'elle se propose surtout d'étudier les images strictement radiologiques.

C'est au Docteur Jacques Arnaud et nous tenons à le remercier ici tout particulièrement, que nous devons l'idée première de cette étude. C'est lui qui nous a conseillé de la limiter à une statistique homogène, plutôt que de prendre ici ou là quelque cas favorable.

En effet, nous aurions pu citer, par exemple, l'observation de ce malade que nous avons suivi à la Maison Départementale de Nanterre, dans le service de notre maître, M. le Docteur François-Dainville. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, porteur, dix-

huit ans auparavant, d'un pneumothorax artificiel gauche (entretenu six mois). Entré dans le service pour une pneumonie massive du sommet gauche, on craignit d'abord une rechute tuberculeuse. Mais les signes cliniques, la disparition brusque de la fièvre le neuvième jour, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, puis le nettoyage radiologique à peu près complet lorsque le malade quitta le service nous donnèrent la preuve qu'un poumon antérieurement traité par la collapsothérapie peut faire les frais d'une atteinte pneumococcique, l'image radiologique pulmonaire redevenant ensuite normale.

Nous aurions pu glaner dans tel ou tel service de phthisiologie des observations à peu près semblables.

Or, nous avons la chance de trouver dans le service de notre Maître, M. le Docteur Rist, les dossiers détaillés de *cent cinq* malades traités par le pneumothorax artificiel. Ces cent cinq pneumothorax forment la totalité de ceux qui ont été créés de 1925 à 1930, parmi les dix-sept mille infirmiers et agents du personnel de l'Assistance publique de Paris.

La plupart des dossiers ont été établis par MM. les Docteurs Arnaud, Hirschberg, Brissaud, Hautefeuille, Péliissier, médecins-assistants du dispensaire Léon-Bourgeois.

Les comptes rendus du Sanatorium d'Angicourt, rédigés par M. le Docteur Buc, médecin-directeur de cet établissement, nous ont été d'un grand secours.

PREMIERE PARTIE

EVOLUTION DE CENT CINQ PNEUMOTHORAX

Ces cent cinq pneumothorax se répartissent comme suit :

Huit, soit 7 % ont été perdus de vue, deux ans en moyenne après la création du collapsus. Mais il y a lieu de tenir compte du fait que six ont été perdus de vue alors qu'ils étaient en excellent état et peuvent être aujourd'hui très légitimement considérés comme guéris. Deux seulement étaient en médiocre état.

Il nous a paru inutile de reproduire ici ces huit observations.

Quarante-et-un malades sont aujourd'hui décédés. Dans la quasi-totalité de ces cas, les décès ont été causés par une bilatérisation préexistante ou apparue peu après la création du collapsus. Cette bilatéralisation, dans certains cas, a succédé à une symphyse précocce ou a accompagné un pneumothorax inefficace.

Trois pneumothorax ont été interrompus par symphyse précocce ; nous les avons donc éliminés de cette étude.

Trois pneumothorax ont été transformés en oléothorax, l'un a été complété par thoracoplastie.

Nous les avons également éliminés.

Treize pneumothorax sont encore entretenus.

Trente-trois enfin ont été délibérément interrompus après guérison.

Ces proportions intéressantes en ce qu'elles reflètent la situation exacte d'une centaine de pneumothorax, appellent quelques commentaires.

I

LE PNEUMOTHORAX DIT PERPÉTUEL

Dans deux cas seulement, le pneumothorax, après abandon délibéré des insufflations, n'est pas aujourd'hui résorbé. Dans l'un, il persistait une toute petite poche gazeuse apicale deux ans après la dernière insufflation ; dans l'autre, un épanchement récidivant, ponctionné à maintes reprises, empêchait la réexpansion pulmonaire.

Dans ces deux cas, toutefois, rien ne paraît s'opposer à ce que la poche résiduelle finisse un jour par disparaître.

On est donc en droit d'affirmer que la crainte du pneumothorax perpétuel ne doit pas être prise en considération. Sans doute il existe des observations (Kramer, Burnaud, Rist et Hirschberg) (1) dans les-

(1) Le Docteur CLERMONT (Briançon), nous a communiqué une belle observation de pneumothorax artificiel perpétuel qui ne peut malheureusement entrer dans le cadre de notre étude.

quelles le poumon restait collabé des années après la cessation des insufflations. Le cas cité par VÉRAN d'une malade qui présentait encore un pneumothorax total sept ans après la dernière insufflation nous paraît être tout à fait exceptionnel.

Le fait que dans toutes nos observations le poumon est revenu à la paroi, tient à ce que les pneumothorax n'ont pas été entretenus pendant plus de quatre à cinq années d'une part, et que, d'autre part, lorsqu'il y avait un épanchement récidivant, de petites soustractions répétées de liquide ont permis à la symphyse de se constituer progressivement.



M^{me} LEP. VA.

Début en octobre 1930. Tuberculose pulmonaire droite largement excavée.

Pneumothorax artificiel droit en novembre 1930.

Total, efficace (dispnée).

Disparition des bacilles de Koch en juin 1931.

En juillet 1932, infiltration gauche (Vue à Lariboisière dans le service du Docteur GANDY). Crisalbine.

En février 1933, volumineuse cavité apicale. Une cavité plus petite au-dessous. Taches dans le reste du parenchyme.

Pneumothorax artificiel gauche en juin 1933.

Abandon pneumothorax artificiel droit et pneumothorax artificiel gauche en octobre 1933 à la suite d'accidents (?) secondaires à chaque insufflation.

Le 5 décembre 1934. Persistance du pneumothorax droit. Pneumothorax gauche résorbé.

II

RÉCIDIVES « IN SITU »

Dans les trente-trois pneumothorax abandonnés après guérison, il n'y eut que deux récidives *in situ*. Dans ces deux cas, la rechute s'est produite un an après la réexpansion pulmonaire.

Dans l'un, il s'agissait d'une maladie présentant des lésions bilatérales ayant nécessité la création de deux pneumothorax artificiel ; dans l'autre, il s'agissait d'une malade ayant guéri avec quelques images cicatricielles une lobite supérieure droite, et qui fit, *in situ*, une nouvelle lobite au cours de l'évolution rapide d'un cancer du foie.

La proportion des rechutes s'établit à 6 % soit une proportion sensiblement voisine de celle qui avait été signalée par différents auteurs.

DEUXIEME PARTIE

LES IMAGES RADIOLOGIQUES APRES ABANDON DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Dans les pages qui suivent nous nous proposons d'étudier successivement :

- a) L'aspect radiologique du parenchyme et sa valeur fonctionnelle.
- b) L'aspect radiologique de la plèvre.
- c) L'aspect radiologique de la trachée.
- d) L'aspect radiologique du cœur.
- e) L'aspect radiologique de la mobilité du diaphragme.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rechercher les modifications de l'œsophage.

I

LE PARENCHYME

Un fait remarquable se dégage de cette étude et suffirait à lui seul à la justifier. Dans tous les cas où l'image pulmonaire était visible du fait de l'absence de

pachypleurite, le parenchyme apparut normal. Dans quelques cas, le siège des lésions n'était plus signalé que par la présence de fines marbrures cicatricielles. Dans deux cas, ces marbrures étaient partiellement chargées de quelques dépôts calcaires.

Dans la très grande majorité des observations, il y eut véritablement radiologiquement parlant *restitutio ad integrum*. (Voir les observations suivantes.)

C'est là une constatation fondamentale qui s'accorde avec les constatations faites dans les guérisons spontanées et qui confirment qu'il n'y a véritablement de guérisons définitives qu'avec un nettoyage radiologique total ou quasi-total. Si ce n'était pas là s'écarter du but de cette étude, nous pourrions citer des observations qui justifieraient une pareille assertion.

Et l'on peut légitimement affirmer que si le pneumothorax donne des guérisons durables, c'est précisément parce qu'il permet beaucoup mieux que la cure sanatoriale, la guérison avec nettoyage radiologique sans séquelle.

D'une façon générale, l'image radiologique pulmonaire n'était pas masquée par de la pachypleurite lorsque les lésions étaient fraîches ou discrètes ; lorsqu'elles étaient au contraire étendues ou anciennes, une plage dense occupait le siège de la lésion initiale et ne permettait pas d'interpréter l'image du parenchyme.

**

M^{lle} MO. AN.

Début en août 1929. Insidieusement. Tuberculose discrète. Petites taches disséminées du lobe inférieur droit.

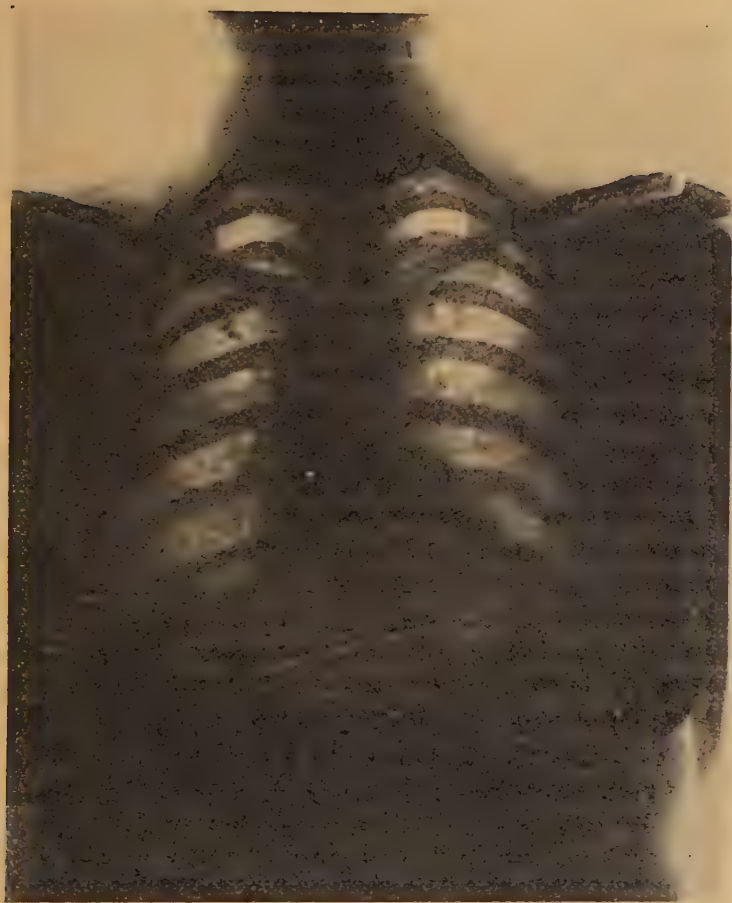


FIG. 1

M^{lle} Mo. An. — Pneumothorax droit abandonné depuis trois ans.
L'image thoracique reste normale.

Pneumothorax artificiel droit le 4 décembre 1929.

Exsudat pleural discret, séro-fibrineux presque aussitôt. Pneumothorax artificiel régulièrement entretenu jusqu'au 15 mars 1932. A cette date, toute petite poche postérieure.

Abandon du pneumothorax artificiel en mars 1932.

Reprise du travail en août 1932.

Depuis : bon état général. Jamais de bacilles.

Radioscopie : image thoracique normale.

En mai 1934, amaigrissement, mais image thoracique normale.

28 mars 1935. *Image thoracique absolument normale, jeu diaphragmatique normal.* (Voir fig. 1.)



M^{lle} LE RO. J.

Début en 1927. Tuberculose lobaire supérieure droite excavée. Taches confluentes dans le lobe supérieur et puis particulièrement entre la clavicule et le hile, avec petite cavité sous-claviculaire et caverne plus volumineuse au-dessus de la clavicule.

Pneumothorax artificiel droit le 6 février 1928. Total.

Disparition des bacilles en mai 1928.

Reprise du travail en septembre 1930.

Deuxième séjour à Laënnec en juin 1931.

Bilatéralisation. Condensation lobe supérieur gauche, réapparition des bacilles dans l'expectoration.

Pneumothorax artificiel gauche total, efficace, le 22 juin 1931.

Liquide à la coupole diaphragmatique à gauche.

Disparition des bacilles en novembre 1931.

Abandon pneumothorax artificiel droit en janvier 1932.

Reprise du travail en avril 1933.

Pneumothorax artificiel gauche régulièrement entretenu. La malade est suivie au dispensaire Léon Bourgeois.

A droite: *parenchyme image thoracique normale. Pas d'attraction trachéale. Pas de pachypleurite.* (Voir fig. 2.)

M^{lle} BID. M.A.

Début par hémoptysies en juin 1930. Lésions: Taches disséminées du poumon gauche et quelques taches de l'extrême sommet droit.

Pneumothorax artificiel gauche institué fin novembre 1930.

Le pneumothorax artificiel fait apparaître une image cavitaire de l'extrême sommet gauche (Angicourt). Pneumothorax artificiel grand partiel. Adhérences à la partie moyenne.

Bacilles disparus en janvier 1931.

Un peu de liquide dans le cul de sac gauche en novembre 1931.

En juin 1932 on trouve 1 bacille. On n'en trouve plus depuis cette date.

En novembre 1933, mai et juin 1934 : Hémoptysies.

Abandon du *Pneumothorax* en juin 1934.

Cure libre.

Cliché 6 septembre 1934: quelques taches fines apicales.

Le 20 mars 1935: 1° *Diaphragme mobile. Cul de sac émoussé.*

2° *Poumon image thoracique normale, trachée non déviée.*

La malade a repris son service (Salpêtrière) en avril 1935.

*
**

M^{lle} BOS. A.

Début octobre 1929. Tuberculose unilatérale gauche. Taches confluentes dans les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche. A droite: image thoracique normale.

Pneumothorax artificiel gauche institué en avril 1930.

Epanchement pleural non ponctionné.

En janvier 1931. Large symphyse de la base consécutive à l'épanchement pleural.

Disparition des bacilles depuis juin 1930.

En septembre 1932. La malade entre à Laënnec pour



FIG. 2

M^{lle} Le Ro, J. — Pneumothorax gauche encore entretenu.
Pneumothorax droit abandonné depuis janvier 1932.
Image thoracique normale.

accident passager d'embolie gazeuse cérébrale et hémoptysie à la suite d'une insufflation. Abandon du pneumothorax artificiel.

Le 13 février 1933. Cliché image thoracique normale.

Le 13 octobre 1933. Cul de sac comblé, image thoracique normale.

En janvier 1935 : Image thoracique normale.

bords du cœur sinueux.

1/2 externe du diaphragme immobile.

Cul de sac costo-diaphragmatique bouché.

*
**

M^{lle} GUIL. M.

Début 11 juillet 1925. Tuberculose unilatérale gauche.

Pneumothorax gauche le 17 juillet 1925. Efficace.

Total.

Epanchement pleural récidivant. Symphyse partielle de la base en septembre 1926.

Pneumothorax gauche probablement abandonné en 1927.

Le 15 février 1928, bilatéralisation.

A cette date: *Le poumon gauche jadis collabé montre sur le cliché une image normale avec cependant une très légère diminution de transparence à la base.*

A droite, tuberculose excavée des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire droit.

Refuse le pneumothorax artificiel droit, part en Bretagne.

Décédée le 12 décembre 1930.

*
**

M^{me} DIN. A. M. née BU.

Début mars 1925.

Tuberculose unilatérale droite avec cavité juxta-hilaire.

Pneumothorax artificiel droit le 14 avril 1928. Efficace. Entretenu.

Séjour à Angicourt du 31 mai 1928 au 20 mars 1929.
Les examens de crachats sont constamment négatifs.
pendant le séjour au sanatorium.

Apparition de liquide le 25 septembre 1929 (jusqu'à la
coupole diaphragme). Le liquide persistait en juillet 1930.

La date de la reprise du service:

Accouchement le 3 juin 1931.

3 janvier 1934. Radioscopie: *Image thoracique normale. Diaphragme festonné.*

*
**

M^{lle} JEZ. M.

Début apparent en juin 1933. Condensations discrètes
du lobe supérieur droit.

Avait eu une pneumopathie aiguë en janvier 1920.

Tuberculose lobaire supérieure droite, le 10 novembre
1924.

*Pneumothorax artificiel droit en avril 1925. Partiel,
efficace.*

Séjour à Angicourt.

Disparition des bacilles en juin 1925.

En 1928, soignée par le Docteur CAMINO à Cambo, puis
par le Docteur JACQUEMIN. Pressions intra-pleurales
droites +30. Il n'existait plus, en 1928, qu'une *petite
poche apicale. Le reste du poumon, image thoracique nor-
male.*

*
**

M. PI. JE.

Début juillet 1930.

Tuberculose pulmonaire apicale gauche excavée.

Pneumothorax artificiel gauche.

Total, efficace, disparition des bacilles en mars 1931.

Apparition de liquide fin janvier 1931 avec 39°, 40°
pendant six semaines. Pas de ponction. Le liquide monte

jusqu'à mi-hauteur du thorax. Disparition soudaine du liquide en fin mars après diurèse très abondante. Depuis n'a pas eu d'épanchement. Symphyse de la base.

En janvier 1932. Pneumothorax artificiel partiel.

Reprise du travail en janvier 1934.

Pneumothorax artificiel gauche arrêté le 14 août 1934.

14 mars 1935. A toujours assuré son service sans incident.

Sensiblement : Image thoracique normale ; quelques petites marbrures inter-cléidohilaires, pas de pachypleurite, diaphragme mobile.

*
**

M^{lle} GING. M.

Début janvier 1927.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche, aspect miliaire à larges mailles et gros grains, quelques petites taches à droite.

Pneumothorax artificiel gauche en 1927.

Départ à Angicourt. Un peu de liquide au fond du sinus. Moignon volumineux peu compressible. Le lobe inférieur à deux travers de doigt de la paroi (Docteur BUC).

Disparition des bacilles après l'institution du pneumothorax artificiel gauche.

Abandon du pneumothorax artificiel (date non précisée).

Reprise du travail en octobre 1930.

Cliché: *A droite hile chargé, calcification. A gauche, quelques petites taches discrètes au sommet.*

*
**

M^{lle} SAU. M.

Début novembre 1925. Condensation lobaire supérieure gauche excavée. Côté droit normal.

Pneumothorax artificiel gauche le 11 janvier 1927. Grand partiel, efficace.

Epanchement pleural en février 1927. Se résorbe pendant le séjour de la malade à Angicourt en laissant une symphyse partielle de la base.

Les bacilles disparaissent de l'expectoration après l'institution du pneumothorax artificiel.

Reprise du travail en septembre 1928.

La date d'abandon du pneumothorax artificiel n'a pu être précisée.

28 août 1934. Fait de temps à autre quelques petites poussées thermiques, ne crache pas.

Cliché du 29 août 1934: *Quelques petites calcifications apex gauche. Cul de sac costo-diaphragmatique émoussé. Le reste du parenchyme est normal.*



M. VIN. A.

Début probable décembre 1926. Les condensations de la 1/2 inférieure du lobe supérieur gauche. Prédominance juxta-scissurale.

Pneumothorax artificiel gauche le 7 février 1927. Total, efficace.

Disparition de l'expectoration.

Le 5 février 1929. Un peu de liquide (jusqu'à la coupole diaphragmatique).

Pneumothorax artificiel gauche arrêté en novembre 1930.

Reprise du travail en mars 1932.

En février 1932: *A droite: image thoracique normale. A gauche: cul de sac comblé.*



M^{lle} Aï. R.

Début en août 1925. Lobite supérieure droite. Cavité de la taillè d'une pièce de deux francs.

Pneumothorax artificiel droit en décembre 1925. Disparition des expectorations en trois mois (analyses négatives).

Assez bon collapsus. Complet sauf adhérence large du sommet.

Pas de liquide.

Abandon du pneumothorax artificiel. Radiographie : marbrures intercléido-hilaires, opacité discrète.

Reprise du service sans incident depuis novembre 1928.

Dernier cliché : avril 1934.

Revue février 1935 : *Fines marbrures sous la clavicule. Mouvements du diaphragme conservés.*

II

LA PLÈVRE

Dans un tiers des cas, la plèvre n'ayant subi aucune modification, l'image thoracique paraissait sensiblement normale. Dans un tiers des cas, il y eut pachypleurite légère, et ordinairement localisée dans la région médiastinale et à l'apex ; dans un tiers des cas enfin, il y eut pachypleurite importante, masquant la totalité ou la plus grande partie de l'image pulmonaire.

La pachypleurite est sous la dépendance de deux facteurs, la production d'un épanchement d'une part, la nature des lésions pulmonaires d'autre part.

a) *L'épanchement :*

Quand l'épanchement n'a pas dépassé d'une hauteur de deux ou trois travers de doigt la coupole diaphragmatique, quand il est apparu sans fièvre, quand il a

disparu assez rapidement et n'a pas récidivé, il n'y a pas eu de pachypleurite importante. Dans nombre de cas, l'image thoracique est redevenue normale.

Dans quelques cas, pour des raisons que nous expliquerons plus loin, il y a eu une légère pachypleurite apicale et attraction de la trachée.

Quand l'épanchement est apparu avec fièvre élevée, a récidivé, nécessitant une ou plusieurs ponctions, quand il est devenu purulent, il s'est produit une sclérose pleuro-pulmonaire qui a fait obstacle à la réexpansion du parenchyme.

Deux éventualités peuvent alors se produire :

Ou bien cette sclérose intéresse la totalité des lobes. La symphyse se fait alors au prix d'une attraction totale du médiastin ;

Ou bien, et c'est là un phénomène particulier, elle prédomine sur le lobe supérieur. La symphyse se fait naturellement de bas en haut, mais tandis que la base a une réexpansion suffisante pour ne pas entraîner de déplacement médiastinal, le lobe supérieur reste plus longtemps collabé. Il persiste donc pendant longtemps une petite poche apexienne résiduelle ; cette poche ne finit par se combler qu'au prix d'une déviation en crosse de la trachée.

b) *La nature des lésions pulmonaires :*

Les lésions pulmonaires jouent naturellement un rôle important dans la production de la pachypleurite résiduelle. Mais, tandis que les lésions récentes, exsudatives, s'accompagnent rarement, comme nous l'avons vu, de pachypleurite, au contraire les lobites massives, les lésions anciennes, les cavités vastes ou de dimension moyenne et à coque épaisse, déterminent presque toujours un épaississement pleural nota-

ble qui entraînera, lors de l'abandon du pneumothorax, une déviation du médiastin, plus ou moins importante en rapport avec l'étendue et le siège de la lésion.

c) *Les aspects de la pachypleurite :*

La pachypleurite peut revêtir naturellement tous les aspects suivant l'importance de la réaction pleurale.

Quand il y a eu épanchement récidivant, il persiste une grosse opacité diaphragmatique et axillaire ; au cas contraire on observe seulement une mince plage foncée le long du médiastin, l'opacité déborde sur la région apicale interne comme il est figuré sur les schémas ci-joints.



M^{lle} CAD. A.

Début en juillet 1926.

En octobre 1926. A droite, petite tache au sommet, reste image thoracique normale. A gauche, la moitié supérieure du champ pulmonaire présente un gros bloc de condensation avec excavation sous-claviculaire. Aspect en mie de pain.

Pneumothorax artificiel gauche le 2 novembre 1926.

Bon collapsus.

En septembre 1927 : liquide, arrêt des insufflations pendant 3 mois.

Deuxième séjour à Laënnec en juillet 1928.

Cliché : A droite, taches confluentes du 1/3 supérieur avec image cavitare au-dessus de la clavicule. A gauche : bon collapsus. Epanchements. Liquide remontant jusqu'aux 2/3 du champ pulmonaire.

Pneumothorax artificiel droit le 17 avril 1928. Partiel, efficace.

Séjour à Angicourt. Disparition des bacilles en 1929.

Le 17 mai 1930 : A droite : pneumothorax artificiel, incomplet, symphyse du 1/3 inférieur.

Lobe inférieur droit non comprimé.

A gauche: Pneumothorax artificiel partiel, épanchement pleural.

Pneumothorax artificiel gauche arrêté en janvier 1934.

Pneumothorax artificiel droit toujours insufflé le 20 février 1935.

Cliché mars 1935: *Importante pachypleurite* axillaire, apicale et médiastinale supérieure.

Attraction en grosse de la trachée. Cul de sac indemne. Seule la partie inférieure du poumon est visible (image thoracique normale). *Cœur invisible*.



M^{lle} GAR. AN.

Début : février 1926.

Semis de taches (grain de maïs) 1/2 du lobe supérieur gauche (mauvais cliché).

Pneumothorax artificiel gauche août 1926. Complicqué de liquide séro-fibrineux, 4 ponctions, persistance de l'épanchement (jusque sous la clavicule) jusqu'en novembre 1928. Résorption progressive.

Abandon pneumothorax artificiel gauche fin 1930.

Reprise du service: septembre 1929.

Clichés en octobre 1933 et novembre 1935. *Grosse pachypleurite, persistante, depuis au moins 14 mois. Cependant, léger éclaircissement. Diaphragme mobile dans sa partie interne ; fixé dans sa partie externe.* (Voir fig. 3.)



M. DEB. L.

Début octobre 1924.

Lobite supérieure droite non excavée.



FIG. 3

M^{lle} Gar. An. — Pneumothorax droit abandonné depuis cinq ans.
Grosse pachypleurite persistante.
Cependant, il y a eu un léger éclaircissement depuis l'abandon
du pneumothorax.

Pneumothorax artificiel droit en mars 1925, bon décollement.

Apparition d'un épanchement séro-fibrineux en septembre 1927, 3 ponctions.

Hydro-pneumothorax en mai 1928.

En novembre 1928, plus d'image de pneumothorax artificiel.

Septembre 1929: Persistance de pachypleurite qui se résorbe lentement, semis de taches occupant tout le champ pulmonaire.

Persistance des bacilles.

Le 19 février 1935: *A droite pachypleurite apicale et axillaire légère attraction trachéale. Parenchyme, image thoracique normale, sauf quelques calcifications derrière le premier cartilage. Cul de sac bouché. Diaphragme à demi-immobile.*



M^{lle} POE. AL.

Début apparent décembre 1928.

Début probable dès janvier 1925. En janvier 1925 : accentuation des tractus broncho-vasculaires, surtout à la partie moyenne du poumon gauche. Sommet un peu « nuageux » surtout le droit.

En décembre 28. *Lobite supérieure gauche excavée.*

Pneumothorax artificiel gauche en janvier 1929.

Entretenu régulièrement, pas de liquide, pas de bacilles depuis mars 1929.

Ne fait plus réinsuffler son pneumothorax artificiel depuis juin 1932, sous prétexte qu'elle est dyspnéique.

Pachypleurite, scissurite.

Reprise du service en avril 1932.

Dernier cliché: 3 juin 1932.

En août 1932, amaigrissement.

En septembre 1932 (certificat): paraît avoir guéri sa tuberculose pulmonaire. N'est plus revenue au dispensaire.

M^{me} PA. RA.

Début en août 1929.

Condensations occupant les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche. A droite: image thoracique normale.

Pneumothorax artificiel gauche institué en novembre 1930. Total, efficace.

Petit épanchement pleural limité au fond de la poche.

En juin 1930, quelques crachats sanglants pendant 8 jours.

Pneumothorax artificiel gauche le 18 février 1931: résorption progressive du pneumothorax artificiel, mais épanchement puriforme. En décembre 1931: on retire du liquide puriforme et on réinjecte 105 cmc d'air.

En avril 1933: accouchement de deux jumeaux (meurent tous les deux).

Il reste du liquide louche et une poche d'air à gauche.

En avril 1934. *Bilatéralisation* lésion modulaire excavée dans le lobe supérieur droit.

Pneumothorax artificiel droit le 18 juin 1934.

Cliché du 7 novembre 1934: à droite: bon collapsus, total. A gauche: calcifications hilaires, diaphragme immobile.



M^{lle} RO. LU.

Début par hémoptysie abondante en mars 1928.

Tuberculose discrète, nombreuses calcifications à gauche; à droite: semis de taches dans la portion interne du lobe supérieur. Infiltration plus marquée juxta-scissinale.

Pneumothorax artificiel droit en avril 1929. Grand partiel.

Petit épanchement.

Abandon du pneumothorax artificiel droit en décembre 1929.

A gauche: les taches paraissent s'être accentuées (cause d'abandon du pneumothorax artificiel). Épanchement

pleural enkysté à la partie supéro-externe de l'émithorax droit.

Disparition des bacilles en avril 1932.

Reprise du travail en août 1932.

Pachypleurite du sommet droit. Calcification à gauche.

Actuellement à Angicourt.

*
**

M. SIM.

Début:

Image cavitáire sous-claviculaire gauche.

Pneumothorax artificiel gauche le 15 novembre 1929.

Arrêté le 15 novembre 1934.

Actuellement : *pachypleurite apicale. Trachée non déviée.*

III

LA TRACHÉE

La déviation de la trachée est également conditionnée par la pachypleurite et les lésions pulmonaires.

La trachée peut être déviée avant la création du collapsus par la sclérose pulmonaire et rétractive ; elle reste alors après l'abandon du pneumothorax dans sa position initiale.

Les déviations secondaires, conséquences de la résorption du pneumothorax artificiel, sont sous la dépendance des facteurs pleuraux et pulmonaires que nous avons précédemment étudiés.

Si la dissociation lobaire n'est plus respectée, il se produit une déviation en masse de la trachée, avec ou

sans attraction des autres organes médiastinaux suivant qu'il y a, ou non, pachypleurite médiastinale.

Si la dissociation lobaire est respectée, en totalité ou en partie, la déviation de la trachée se produit suivant des modalités différentes.

Tantôt, et c'est l'exception, le lobe supérieur reste complètement collabé, mais le lobe sain présente une réexpansion telle qu'il occupe la totalité de la cage thoracique. Dans ce cas, il ne se produit pas d'attraction trachéale.

Rossel, de Leysin, explique ce fait en disant que le parenchyme sain s'oppose au collapsus mais, citant le professeur de Meyenburg, il ajoute que « personne ne sait s'il existe une néoformation du tissu pulmonaire soit hypertrophique, soit réparatrice ».

L'examen radiologique du pneumothorax, s'il ne peut donner une explication du phénomène observé par Rossel et d'autres auteurs à sa suite, en donne constamment de nouveaux exemples. (Obs. de Sors et Clermont. *Revue de la tuberculose*. Thèse de Swynghedauw).

Tantôt le lobe supérieur va lui-même entrer en réexpansion et il comblera l'apex sans qu'il y ait déviation trachéale.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les lobes sains symphysés ne pourront se développer suffisamment; le lobe supérieur, d'autre part, ne présente pas de réexpansion suffisante. Seule donc une déviation médiastinale supérieure pourra combler la cavité résiduelle; et l'on aura alors une déviation en crosse de la trachée.

Cette déviation en crosse de la trachée, lorsqu'il n'y a pas de lésions apicales importantes nous paraît presque pathognomonique des pneumothorax relâchés. Elle peut même permettre de poser rétrospectivement

le diagnostic différentiel entre pneumothorax abandonné et séquelle de pleurésies.

Dans la pleurésie, en effet, la déformation en crosse de la trachée est tout à fait exceptionnelle (sauf évidemment s'il y a lésion ancienne et rétractive du lobe supérieur) et l'on observe au contraire une attraction en masse de la trachée.

Cette absence de déformation en crosse est due au fait que dans la pleurésie la symphyse pleurale débute, en règle générale, par l'apex et va de bas en haut, alors qu'elle suit la marche inverse dans la résorption du pneumothorax artificiel.

Nous avons trouvé cette déformation en crosse dans 30 % des cas environ.

IV

LE CŒUR

En tant qu'organe médiastinal, le cœur peut être, lui aussi, intéressé par la réexpansion pulmonaire.

Si la réexpansion des lobes se fait normalement, le cœur ne subit aucun déplacement. Lorsqu'au contraire la réexpansion pulmonaire trouve un obstacle dans la pachypleurite, le cœur se trouve alors entraîné avec le médiastin.

Tantôt ce déplacement est très léger et ne s'accompagne que d'une légère opacité médiastinale avec contours flous des bords du cœur. Tantôt, au contraire, le déplacement prend des proportions considérables ;

il peut même y avoir sinistocardie ou dextrocardie totale.

Ce déplacement s'accompagne souvent d'une torsion du cœur sur son axe ainsi que Vêran et de Week l'ont décrit.

Dans quelques cas, on peut observer un phénomène particulier que l'on pourrait définir la « disparition radiologique du cœur ». Sur un cliché de face le cœur semble invisible et seul l'examen radioscopique permet de le découvrir grâce aux battements systoliques.

Ce curieux phénomène est dû probablement d'une part à la torsion du cœur, d'autre part au manque de contraste.

Cette déviation du cœur s'accompagne parfois de petits troubles subjectifs ; les malades ont la perception de battements cardiaques et ressentent à chaque systole un choc précordial. Mais la circulation n'est en rien troublée.

Il n'y a pas non plus de troubles du rythme ainsi que le démontrent les électro-cardiogrammes,

*
**

M^{lle} PAS. M. R.

Début en novembre 1926.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée.

Pneumothorax artificiel gauche le 14 mars 1927, bon collapsus.

Disparition des bacilles depuis octobre 1927.

Deux épanchements pleuraux entre 1927 et 1929 de quantité moyenne. Résorbés spontanément.

Reprise du travail en septembre 1930.

En juin 1931, petite image cavitaires du sommet droit.
On interrompt le pneumothorax artificiel gauche en juillet 1931.



FIG. 4

M. Si. Em. — Pneumothorax bilatéral. Abandon des deux pneumothorax depuis 1932.

Attraction en masse du médiastin vers la gauche.
Pachypleurite diffuse. — Persistance probable de la cavité gauche.
A droite cavité.

Disparition des expectorations en novembre 1931, disparition du liquide, pachypleurite avec attraction du médiastin vers la gauche.

En mars 1932: disparition de l'image cavitaire du côté droit. Persistance d'une petite tache aux limites imprécises.

Reprise du travail en juin 1932.

Quelques fines calcifications apex droit, à gauche cœur déplacé. Marbrures au sommet.

En novembre 1932: *Attraction médiastinale à gauche.*

*
**

M. SI. EM.

Début juillet 1930.

Tuberculose pulmonaire apicale supérieure gauche largement excavée (moitié du lobe supérieur).

Pneumothorax artificiel gauche le 25 octobre 1930. Efficace, entretenu.

Séjour à Champrosay où on abandonne le pneumothorax artificiel gauche en novembre 1932.

Institution d'un pneumothorax artificiel droit le 29 mars 1932.

Abandonné en août 1932. Les deux pneumothorax artificiels sont donc abandonnés et on fait un traitement par la Crisalbine.

Persistance d'une expectoration bacillifère.

En 1934, cure libre.

Le 24 mai 1934: *Attraction en masse du médiastin vers la gauche. Pachypleurite diffuse. Persistance probable de la cavité gauche, à droite cavité.* (Voir fig. 4.)

*
**

M. LER, PI.

Début en mai 1928.

Semis de taches assez denses au niveau de l'apex droit. Petite cavité du sommet (bacilles en mai 1928).

Pneumothorax artificiel droit institué le 13 août 1928.
Total, efficace. Apparition de liquide en février 1929.

A Brévannes, en mai 1928: liquide à 1 cm. au-dessous du mamelon droit. Diminution progressive du liquide. Disparition des bacilles depuis octobre 1929.

Pneumothorax artificiel arrêté en janvier 1932 après deux ans et demi d'entretien.

Radioscopie: Image thoracique normale. Cul de sac comblé. Légère pachypleurite apicale.

Le 27 février 1935: *Légère pachypleurite apicale, cul de sac bouché, légère déviation trachéale.*



LA. PI.

La date de début et l'image radiologique initiale ne figurent pas au dossier.

Pneumothorax artificiel gauche le 7 avril 1930.

Pas de liquide.

Disparition des bacilles trois mois après l'institution du pneumothorax artificiel.

Pneumothorax artificiel arrêté en août 1934, non encore résorbé en septembre.

En janvier 1935: *Légère pachypleurite apicale interne avec attraction de la trachée. Légère attraction du cœur vers la gauche. Cul de sac normal. Amplitude diaphragmatique normale.*



M. HAM. E.

Début en octobre 1929.

Condensation excavée du sommet gauche. (Cavité de 1 cm. de diamètre).

Pneumothorax artificiel gauche, 28 octobre 1929. Total, efficace.

Dernière analyse d'expectoration où on note la présence de bacilles en septembre 1930.



FIG. 5

M. Ham. E. --- Abandon du pneumothorax artificiel gauche
en novembre 1933.

*Attraction du cœur et du médiastin vers la gauche. — Attraction
en crosse de la trachée (1 cm.) — Légère pachypleurite médiastinale
interne. — Cul de sac normal. — Parenchyme normal.*

Pneumothorax artificiel gauche interrompu en novembre 1933.

En octobre 1934: Malade toujours au repos. (Voir fig. 5.)

Attraction du cœur et du médiastin vers la gauche. Attraction en crosse de la trachée (1 cm.). Légère pachypleurite médiastinale interne. Cul de sac normal. Parenchyme: Image thoracique normale.

*
**

M^{lle} PI. CLA.

Début juillet 1928: (Pleurésie ?)

En octobre 1929 on constate la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Tuberculose unilatérale gauche excavée.

Pneumothorax artificiel gauche le 10 octobre 1929. Total, efficace. Disparition des bacilles en février 1930.

Désinsufflations rapides.

Reprise du service en septembre 1931.

Abandon du pneumothorax artificiel gauche en octobre 1933.

Le 6 février 1935: ne tousse ni ne crache.

A gauche: Image thoracique normale.

A droite: *très légère attraction trachéale. Les marbrures qui restent dans le champ pulmonaire sont très vraisemblablement des images d'adhérences. Légère pachypleurite, le 1/3 supérieur est image thoracique normale.*

*
**

M^{lle} BA. LU.

Début en septembre 1929.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche. Infiltration du poulmon gauche avec excavation au sommet.

Pneumothorax artificiel gauche le 9 novembre 1929. Pneumothorax artificiel total.

Entré à Angicourt le 20 février 1930.

Poussée liquidiennne fébrile le 20 mars 1930. Niveau maximum du liquide à la quatrième côte. Jamais ponctionné.

Poumon bien collabé. Disparition de l'image cavitaire.

Arrêt des insufflations en mars 1932 en raison de la présence de liquide.

En juin 1933. A droite: image thoracique normale. A gauche: *pachypleurite*.

Taches dans le parenchyme d'interprétation difficile. Déviation médiastinale à gauche en septembre 1933. Persistance de B. K. Evolution dans le moignon.

*
**

M^{lle} LIB. MA.

Début mars 1925.

Tuberculose unilatérale gauche. Diminution importante non homogène de transparence du champ pulmonaire gauche, sans image lacunaire visible.

Pneumothorax artificiel gauche institué le 29 avril 1925. Total. Séjour à Angicourt (jusqu'en juin 1927).

En août 1925. Epanchement pleural qui s'est résorbé dès juillet 1926, laissant une symphyse de la base.

Disparition des bacilles en novembre 1925.

Pneumothorax artificiel abandonné en juillet 1928.

Radioscopie janvier 1930: *attraction du médiastin. Opacité de la base.*

*
**

M^{me} SIR.

En mai 1928. Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche. Sur les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche: image en mie de pain. Taches surtout confluentes au niveau du hile.

Pneumothorax artificiel gauche en mai 1928. Total, efficace.

Disparition des bacilles à Angicourt en 1929.

Accidents péritoneaux (?) au printemps 1929. Opérée par le Professeur GOSSET.

En septembre 1929. Fistule abdominale de la plaie opératoire. Le pus tuberculise le cobaye. Traitée par U. V., soleil, antigène méthylique. Disparition de la suppuration en juin 1931. Reprend son service en juin 1932.

Abandon du pneumothorax artificiel.

Le 30 octobre 1934. Travaille depuis deux ans.

Attraction du sommet du médiastin, vers la gauche.
Quelques travées au sommet gauche.

*
**

M^{lle} CAI. OL.

Début janvier 1925.

En mars 1925, ombre juxta-scissurale gauche discrète non excavée.

Pneumothorax artificiel gauche en septembre 1927 (Docteur KINDBERG, à Bichat). Pneumothorax artificiel total, efficace.

Disparition des bacilles.

En novembre 1927, liquide à la coupole diaphragmatique, disparaît puis reparait et juillet 1931, bilatéralisation B. K.

A cette date, il *persistait une pachypleurite apicale et axillaire*, probablement avec épanchement.

Serait décédée.

*
**

M^{lle} MA.

Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure droite excavée paraissant avoir débuté en juillet 1928 par un épisode aigu fébrile.

Pneumothorax artificiel droit à Beaujon le 12 juillet 1932. Cavité maintenue béante par un double système de brides.

Section de brides le 15 septembre 1932. Il reste une bride au sommet.

Le lendemain, la radioscopie montre une section complète et l'aplatissement latéral de la cavité.

Deuxième séjour à l'hôpital le 5 décembre 1932.

Complément de la *section de brides*, des hémoptysies étant survenues dans l'intervalle. Cautérisation avec plein succès.

Troisième séjour pour bilatéralisation survenue peu après la section de brides (cavité du lobe supérieur gauche).

Pneumothorax artificiel gauche le 2 août 1933. Perforation gauche.

Le 7 août 1933. Décollement total du poumon gauche, la cavité diminue de volume.

Bon collapsus à droite, mais hernie médiastinale. Cœur très dévié à droite. Cette déviation du cœur et de la trachée à droite a été constatée à plusieurs examens radioscopiques.

On abandonne le pneumothorax artificiel gauche en octobre 1933.

1 gramme de crisalbine (arrêtée pour diarrhée).

Nouveau séjour pour alcoolisation du nerf phrénique gauche. A droite: marbrures disséminées, cavité sous-claviculaire. A gauche: deux condensations homogènes occupant le 1/3 supérieur et le 1/3 inférieur.

Le 22 février 1934, on tente sans succès de reprendre les insufflations.

VI

LE DIAPHRAGME

En général, les variations de la mobilité du diaphragme sont fonctions de l'importance de la pachypleurite. Mais la règle est loin d'être constante et souffre de nombreuses exceptions.

Les mouvements de chaque héli-diaphragme ne sont d'ailleurs pas conservés ou abolis en bloc. Tantôt, seul le sinus costo-diaphragmatique est émoussé, le cul de sac s'éclaire mal à la toux.

A un degré de plus on constate une ankylose de la zone externe de l'héli-diaphragme, comme si ce dernier restait attaché à la paroi costale.

Enfin, mais plus rarement, la zone interne est intéressée. Elle reste généralement mobile.

Lorsqu'elle est immobilisée il y a en général absence de mouvements de tout l'héli-diaphragme.

CONCLUSION

Dans la quasi-totalité des pneumothorax artificiels le poumon collabé revient à la paroi. Ce n'est que lorsqu'il y a pleurésies purulentes récidivantes avec collapsus pulmonaire total que cette réexpansion peut faire défaut.

Dans tous les cas où il a été possible de juger l'aspect radiologique du parenchyme après abandon du pneumothorax artificiel, le poumon a paru sensiblement normal. Ce qui confirme l'opinion que la guérison de la tuberculose pulmonaire s'accompagne en règle d'un nettoyage radiologique. La pachypleurite est fonction de l'ancienneté ou de l'importance des lésions pulmonaires d'une part, de la durée des épanchements d'autre part.

Dans un tiers des cas, l'image radiologique est absolument normale avec intégrité des mouvements du diaphragme.

Vu : *Le Président de Thèse,*
E. SERGENT.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris.
S. CHARLÉTY.